OESTERREICHISCHE

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(als Ergänzungsblatt der medic. Jahrb. des k. k. öst. Staates.)

Herausgeber: Dr. J. N. Ritter v. Raimann.
Hauptredacteur: Dr. A. Edler v. Rosas.
Mitredacteure: DD. S. C. Fischer und J. Wisgrill.

№ 39. Wien, den 25. September 1841.

Inhalt: Original-Mittheilungen. — Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken. — Notizen.

1.

Original-Mittheilungen.

Beobachtungen über die Verrenkung des Sprungbeins.

Von Prof. Dr. Joseph Hinterberger in Linz.

Diese Verrenkung kommt bekanntlich sehr selten vor, ja es wird sogar der Zweifel aufgeworfen, ob es eine reine, für sich bestehende Verrenkung des Sprungbeins gebe, indem man glaubt, dass immer der ganze Fuss an der Verrenkung Theil nehmen müsse.

Astley Cooper *) widmete in seiner Abhandlung über die Luxationen jener des Sprungbeins eine eigene Abtheilung und sammelte mehrere Fälle. Auch unter den Geschichten von complicirten Verrenkungen des Fussgelenkes findet man bei Boyer, Desault, Dupuytren, Henkel u. a. m. Fälle, welche unverkennbar der in Rede stehenden Verrenkung angehören. Die Verrenkung des Sprungbeins kann, wie bekannt, nach mehreren Seiten geschehen, am gewöhnlichsten nach ein- oder auswärts, und entweder einfach oder complicirt seyn. Bei der einfachen Verrenkung finden sich die gewöhnlichen Zufälle dieser Knochenabweichung, das Sprungbein bildet eine ganz

*) Chirurgische Abhandlungen, aus dem Englischen übersetzt. Weimar, Landes-Industrie-Comptoir 1821. S. 318.



Oesterreichische

Medicinische Wochenschrift

als

Ergänzungsblatt

der medicinischen Jahrbücher

des k. k. österr. Staates.

Herausgegeben von

Dr. Joh. Nep. Ritter v. Raimann,

Sr. k. k. apostol. Majestät erstem Leibarzte,
k. k. wirklichem Hofrathe etc. etc.

Hauptredacteur: Prof. Dr. A. Edl. v. Rosas,

Mitredacteure: Prof. DDr. S. C. Fischer u. J. Wisgrill.

1841.

Viertes Quartal.

(№ 40 — 52.)

Wien.

Bei Braumüller und Seidel.

Graben, Sparkassegebäude.

eigene Hervorragung, und ist von der unverletzten, meistens sehr gespannten Haut bedeckt.

Bei der complicirten Verrenkung ist gewöhnlich eine Wunde zugegen, das Sprungbein blossgelegt, und gar nicht selten sind auch gleichzeitig Brüche im Schien- und Wadenbein zugegen.

In Hinsicht der Behandlung bieten für den Wundarzt die einfachen Fälle viel grössere Schwierigkeiten dar, als die complicirten; denn bei letzteren wird der aus aller Verbindung gerissene Knochen weggenommen, was öfters gar nicht schwer ankommt, — oder bei bedeutenden Zerstörungen des ganzen Gelenkes kommt es zur Amputation, einer der gewöhnlichsten chirurgischen Operationen. Am traurigsten sind diese Fälle für den Kranken, indem er beim glücklichsten Ausgange langen Leiden ausgesetzt ist, und nie mehr zum vollkommenen Gebrauche seines Gliedes gelangen kann.

Die einfache Verrenkung hingegen ist die schwerste Aufgabe für den Wundarzt. Er weiss, dass durch die glückliche Einrichtung der Kranke gleich grosse Erleichterung bekommt und vollkommen wieder hergestellt werden kann; er weiss aber auch, dass, wenn sie nicht gelingt, die traurigsten Folgen entstehen, nämlich bleibende Verunstaltung des Fussgelenkes, Vereiterung oder Brand der über dem verrenkten Sprungbein sehr gespannten Haut, Necrosis oder Caries, wodurch lange Leiden herbeigeführt, oder gar die Absetzung des Gliedes nöthig wird.

Diese Einrichtung nun ist jedoch äusserst schwierig, und man findet unter den Geschichten über diese Krankheit Fälle aufgezeichnet, wo diese erst nach vielen Versuchen und mehr oder minder bedeutendem Kraftaufwand oder Einschnitten gelang, öfters aber auch trotz allem diesem nicht zu Stande gebracht werden konnte, worauf dann die oben angeführten traurigen Folgen eintraten.

Astley Cooper verdankt die Chirurgie eine äusserst wichtige Bemerkung, wodurch die Einrichtung des verrenkten Fussgelenkes und Sprungbeins sehr erleichtert wird. Er machte nämlich aufmerksam, dass bei diesen Einrichtungen der Unterschenkel nicht gestreckt, sondern im Kniegelenke gebogen wer-

Biblioteka Jagiellońska
1002035943

den muss, um die Wirkung des Wadenzwillingsmuskels aufzuheben, weil im entgegengesetzten Falle bei gestrecktem Schenkel und gespanntem Muskel das Sprungbein ganz eingekeilt wird, und bei aller Kraftanstrengung nicht von der Stelle, und am allerwenigsten in seine normale Lage gebracht werden kann.

Die Seltenheit und Wichtigkeit der in Rede stehenden Verrenkung bestimmten mich, der Sammlung von Beobachtungen über dieselbe auch zwei Fälle beizulegen, welche, wie ich glaube, manches Bemerkenswerthe darboten. Vor Allem ist wichtig, dass sie sich so deutlich aussprachen, dass dadurch die Ansicht derjenigen Wundärzte, welche annehmen, es gebe eine reine, für sich bestehende Verrenkung des Sprungbeins, vollkommen bestätiget wird. Der erste Fall war eine mit einer Wunde complicirte Verrenkung des Sprungbeins nach aussen, und die Ursache ein Fall über eine mässige Anhöhe, wobei der Kranke mit dem Fusse in eine Felsenspalte kam und auf derselben zusammenstürzte.

Die Erkenntniss war leicht; das ganz eigenthümlich gestaltete Sprungbein mit seinen glänzenden Gelenkflächen stand aus der Wunde unter dem äusseren Knöchel hervor, konnte besehen und betastet werden, war beweglich und hing nur mittelst weniger Fasern mit den weichen Theilen im Gelenke zusammen. Dass die Verrenkung das Sprungbein ganz allein betraf, dafür sprachen bestimmte Erscheinungen: Der Fuss hatte eine gerade Stellung, die Knöcheln standen an ihrem gehörigen Orte, und nirgends fand sich ein Bruch vor. Über die Behandlung des vorliegenden Falles konnte nach den aufgestellten Erfahrungen kein Zweifel herrschen, indem unter ähnlichen Verhältnissen bei complicirten Verrenkungen des Fussgelenkes die angesehensten Wundärzte vorschlugen, das Sprungbein mit dem Messer auszulösen, und diess auch glücklich vollführten. Solche Gedanken drängten sich mir bei dem vorliegenden Falle fast unwillkürlich auf, und alle anwesenden Ärzte stimmten unbedingt für die Wegnahme des Knochens. Die Operation selbst bot keine Schwierigkeiten dar, der Knochen konnte leicht mit dem Messer entfernt werden. Mühevoller hingegen war die Nachbehandlung. Dabei leistete die Schwebe für Knochenbrüche vortreffliche Dienste. Die heftigen Eiterungen erforderten nämlich öfters Erneuerung

des Verbandes, und diess geschah bei der Schwebe äusserst leicht. Pat. konnte sich mit dem Körper etwas bewegen, was er, indem es ihm Erleichterung verschaffte, sehr hoch anschlug, und der Fuss wurde dadurch auch so viel als möglich in seiner geraden Stellung erhalten, was gewiss viel zur möglichst glücklichen Heilung beitrug.

Der zweite Fall bot eine Verrenkung des Sprungbeins nach innen, ohne Verletzung der Haut dar, und sie war eine solche, bei welcher von dem Gelingen der Einrichtung Alles zu erwarten, vom Misslingen aber die traurigsten Folgen zu befürchten waren. Ursache zu dieser Verrenkung gab der Sprung über eine unbedeutende Anhöhe.

Die Erkenntniss war auch bei diesem Falle nicht schwer, die Erscheinungen waren jenen ähnlich, welche man von der Verrenkung des Fusses nach innen aufgezeichnet findet, jedoch mit dem Unterschiede, dass das Sprungbein eine ganz andere Stellung hatte, als bei jenen Fällen.

Bekanntlich werden von der Verrenkung des Fusses nach innen folgende Merkmahle angegeben: Der Fuss hat eine Richtung nach aussen, der innere Rand ist nach abwärts, der äussere nach aufwärts, die Fusssohlen nach aussen, der Rücken nach innen gekehrt. Der innere Knöchel ragt stark hervor, droht die Haut zu durchbohren, oder liegt wohl gar entblösst da. Unter dem inneren Knöchel bildet das aus seiner Stellung gewichene Sprungbein eine Hervorragung, spannt die Haut an, oder hat dieselbe wohl gar durchbohrt. Der Fuss steht unbeweglich fest, und gewöhnlich ist eine bedeutende Geschwulst vorhanden.

Bei dem Falle, welchen ich beobachtete, klagte der Pat. über heftige Schmerzen im linken Fussgelenke, welche durch jede Bewegung vermehrt wurden. — Der Fuss war geschwollen, hatte die Richtung nach aussen, an der inneren Seite stand er stark hervor, und in der Gegend des äusseren Knöchels befand sich eine Falte und eine Blutunterlaufung. Beim Betasten fühlte ich an der inneren Seite einen besonders stark hervorragenden, fast länglicht viereckigen, unbeweglichen Knochen, welcher nur von der dünnen und sehr gespannten Haut bedeckt war, und quer zwischen dem Knöchel und dem Fussbuge lag. Unter diesem und ziemlich weit nach rückwärts konnte man deutlich

den inneren Knöchel unterscheiden. An der äusseren Seite bemerkte man überdiess noch Crepitation, und Druck auf diese Stelle verursachte mehr Schmerz als auf die innere Seite des Fusses.

Der Hauptunterschied zwischen diesem Falle und jenen, wie man die Verrenkung des Fusses noch immer beschrieben findet, bestand also hier in der Stellung des Sprungbeins. Dieses lag nicht unter dem Knöchel, sondern ober demselben gegen den Fussbug zu, der Knöchel selbst stand noch überdiess ziemlich weit nach rückwärts. Diese gegenseitige Stellung spricht nach meinem Dafürhalten am meisten für die Möglichkeit einer reinen, für sich bestehenden Verrenkung des Sprungbeins, auch ohne Verletzung der Haut. Damit aber eine solche Verrenkung möglich werde, muss durch das sonderbare Zusammenwirken bestimmter Ursachen das Sprungbein ganz aus seinen Verbindungen herausgerissen und zwischen die andern Knochen verschoben werden. Zu wundern aber ist, dass, wenn letzteres wirklich Statt hat, nach solchen Verletzungen der bändrigen Apparate des Gelenkes wieder Heilung mit vollkommener Beweglichkeit, wie bei diesem Falle, eintreten kann.

Die Einrichtung der in Rede stehenden Verrenkung war sehr schwer, und dabei zeigte sich der vortreffliche Nutzen vom Beugen des Unterschenkels. Dieser Beobachtung von A. Cooper hat auch unser Kranke die vollkommene Erhaltung seines Fusses zu verdanken, indem bei gestrecktem Schenkel alle Einrichtungsversuche misslangen.

Die Einrichtung selbst geschah auf folgende Art: Der Kranke ward auf ein Querbett gebracht, den gesunden Schenkel liessen wir auf einen Stuhl stützen und gut befestigen. Dann wurde das kranke Bein im Kniegelenke gebogen und in dieser Stellung erhalten. Ein Gehülfe fasste den Unterschenkel mit beiden Händen ober den Knöcheln und fixirte den Fuss. Ich machte die Ausdehnung. Zu diesem Zwecke legte ich die rechte Hand unter die Ferse, die Finger der linken über den Rücken, den Daumen liess ich an der Fusssohle durchgehen. Nachdem der Fuss so fest gefasst war, zog ich mit aller Kraft zuerst in der Richtung, welche der Fuss in Folge der Verrenkung hatte, nämlich nach auswärts, dehnte ihn so viel als möglich aus, und machte dann mit demselben eine Wendung nach einwärts. In diesem

Augenblick wurde eine Beweglichkeit im verrenkten Knochen bemerkt und unter einem leichten Drucke schlüpfte derselbe in das Gelenk zurück. Pat. empfand gleichzeitig heftige Schmerzen im Innern des Gelenkes, der Fuss hatte seine normale Richtung und gewöhnliche Gestalt.

Der weitere Verlauf der Krankheit war ganz einfach. Bei einer zweckmässigen Lage und dem Gebrauche von kalten Umschlägen nahm Schmerz und Geschwulst ab, der Bruch des Wadenbeins heilte, ohne dass etwas Besonderes gethan wurde, und es kam nirgends zur Eiterung.

Nach einigen Monaten verloren sich alle Folgen der Verletzung und es trat vollkommene Heilung ein.

(Schluss folgt.)

Beiträge zur Diagnostik dunkler Krankheitszustände des Gehirns (nebst Leichenbefund).

Von Dr. Beer, k. k. Poliz. Bez. Arzt in Wien.

(Fortsetzung.)

Sechster Fall.

Epilepsie.

Haumüller Friedrich, 59 Jahre alt, ein Pfründner, überstand als Kind die Blattern, den Kopfgrind, die Wurmkrankheit, und als Knabe das Nervenfieber. — Am 17. Juli 1839 ward er im k. k. allgemeinen Krankenhause aufgenommen. Schon seit Jahren litt er an Epilepsie ohne bekannte Ursache. Er war ein grosser Freund geistiger Getränke. Die Anfälle kamen zu unbestimmter Zeit, und in den letzteren Tagen hatte er in der anfallsfreien Zwischenzeit öfter an tonischen Krämpfen gelitten, die Anfälle kamen häufiger, liessen heftige Kopfschmerzen, grosse Mattigkeit und Schwindel zurück, und nöthigten den Kranken das Bett zu hüten.

Bei seiner Aufnahme klagte Pat. über starke Eingenommenheit des Kopfes, das Gesicht war roth, das Auge glänzend, die Respiration frei, der Bauch schmerzlos, der Kranke hatte seit 2 Tagen keinen Stuhl. Es wurde verordnet: *Decoct. Gram.*

unc. vjjj. c. Tart. emet. gr. j. — An den folgenden Tagen wurden wegen der stechenden Kopfschmerzen und der Congestionen gegen den Kopf einige Schröpfköpfe am Nacken, und kalte Überschläge auf den Kopf angewendet. Dieser Mittel ungeachtet vermehrte sich am 20. d. M. der Kopfschmerz, und in der Nacht auf den 21. hatte der Kranke einen heftigen Anfall, so wie am folgenden Morgen die spastischen Bewegungen der Extremitäten fortdauerten. In der Nacht vom 22. auf den 23. erschien ein stechender Schmerz in der Scheitelgegend, der sich bis zur Stirne und Schläfe fortpflanzte, und auf welchen ein heftiger Anfall eintrat. In den folgenden Tagen stellte sich häufige Neigung zum Erbrechen ein, die Kopfschmerzen dauerten fort. Es ward nach Aussetzung der kalten Kopfüberschläge die Autenrieth'sche Salbe auf einem enthaarten Kopftheile eingerieben, und wegen des stets harten Stuhlganges *Salis amari unc. β* verabreicht. — Am 26. stellte sich eine Taubheit der Extremitäten, vorzüglich der linken Seite ein, am 27. und 29. hatte der Kranke jedesmal in der Nacht, nach vorausgegangenem Gefühl von Schwere im linken Fuss, einen starken epileptischen Anfall, worauf die Bewegung der linken Extremitäten beschwerlicher wurde. — In den folgenden Tagen bis zum 8. August stellte sich zwar kein Anfall ein, allein es zeigten sich abwechselnd Diarrhoen, Schmerzen und Ameisenkriechen im linken Fusse, anhaltende Kopf- und Zahnschmerzen. Der *Tart. emet.* wurde ausgelassen, und ein *Dct. Flor. Arnicae* verabreicht. Am 8. in der Nacht erfolgte ein heftiger Anfall. — Am 9. klagte der Kranke über starke Schmerzen in der Supraorbitalgegend, die sich besonders auf der rechten Seite gegen den Scheitel zu verbreiteten; die rechte Parotis schwoll etwas an und war bei der Berührung empfindlich, die Zunge mit einem weissen Schleime belegt, hinter dem Brustbein hatte der Kranke ein Gefühl von Drücken und Neigung zum Erbrechen. Am Abend zeigte sich an der Stirne und dem behaarten Kopftheil ein starker Rothlauf unter Fiebererscheinungen. Verordnet wurde *Emuls. com. libram j.* Am nächsten Tage entstand ein vollkommen ausgebildetes *Erysipelas bullosum* unter Nachlass der Kopfschmerzen. Am 14. breitete sich der Rothlauf mehr aus, jedoch gingen die Blasen in Krusten über. Am 15. zeigte sich am unteren Augen-

lide ein Abscess, während die von Rothlauf bedeckte Gesichtsgegend mit einer Kruste bedeckt war. — Am 16. sank die Geschwulst des Gesichts plötzlich ein, die Conjunctiva des rechten Auges ward roth, die das Gesicht bedeckenden Krusten nahmen an Dicke und Dichtheit zu, es erschien ein spannender Schmerz in der Stirngegend, so wie ein Husten mit zähem, ductilem Auswurf, der Puls war weich, klein, die Sprache stammelnd, die Zunge trocken, der Kranke erinnerte sich nicht an Vergangenes. Hiezu gesellten sich am 17. bedeutende Schlingbeschwerden, Delirien, unter welchen der Puls hart, voll und kräftig war, der bewusstlose Kranke lag mit offenem Munde und hatte unwillkührlich flüssige Stuhlausleerungen. In der Nacht am 18. August verschied er.

Die Section ergab Folgendes: Das rundliche Schädelgewölbe war schwammig, blutreich, dessen Nähte von dünnen, geschlängelten Furchen durchzogen, die harte Hirnhaut ungemein verdickt, ihre äussere Fläche mit feinen blutreichen Gefässen durchzogen, während die innere Fläche dieser Haut mit einer dicken, röthlichen Pseudomembran, und diese mit einem gelben, eiterig zerreiblichen Exsudat überkleidet war. Die inneren Hirnhäute waren gleichfalls in ihrer ganzen Ausdehnung an beiden Hemisphären und an der Gehirnbasis verdickt, trübe, mit einer schmutzigen, gelblich-eiterigen, lymphatischen und sulzigen Exsudation, welche besonders längs der Gefässstämme dick aufgetragen war, infiltrirt. Die harte Hirnhaut war ferner an einer Thalerstück grossen Stelle der Concavität der rechten Hemisphäre gegen den Sichelrand hin, durch ein Exsudat mit den innern Hirnhäuten, und letztere mit der Hirnoberfläche unzertrennlich verwachsen. Die Hirnsubstanz war weich, schmutziggrau, in den Seitenkammern fand man eine Unze trübe, eiterig fleckige Flüssigkeit. Ihre Auskleidung war mit einer dünnen, eiterförmigen Schichte bedeckt, eben so die dunkelrothen, dicken, blutreichen Adergeflechte. Das Septum, so wie die Auskleidung der dritten Gehirnkammer waren breiig erweicht, am Schädelgrunde fanden sich bei zwei Unzen einer trüben, gelben, eiterig schleimigen Serosität; die harte Hirnhaut der Schädelbasis war mit jener der Hemisphären von gleicher Beschaffenheit. Die grosse Schilddrüse im linken Lappen blassbraun und

speckig, im rechten Lappen schloss dieselbe ein wallnussgrosses knöchernes Concrement, so wie einen mit schwarzrothem Blut gefüllten Balg von gleicher Grösse ein. Die linke Lunge war im ganzen Umfange, die rechte an ihrer Spitze und Basis durch sulzig-infiltrirten Zellstoff an die Costalwand geheftet, die Substanz beider Lungen aufgedunsen, jedoch die Substanz des rechten oberen Lappens blassroth, blutleer, die des mittleren und unteren, so wie der ganze linke Lungenflügel schmutzig braunroth, und von einer schwarz-bräunlichen Serosität im hohen Grade erfüllt, dadurch dicht und zähe; der linke untere Lappen an einzelnen umschriebenen Stellen röthlich-grau, von körnigem Gefüge und mit einem milchtrüben Fluidum erfüllt. Auch waren beide oberen Lungenlappen durch unzählige mohnkorngrosse, graulich durchscheinende Granulationen durchsäet; die zahlreichen Bronchialverzweigungen führten einen milchweisslichen Schleim. Im Herzbeutel fand sich bei 2 Unzen einer röthlich-missfärbigen Flüssigkeit, das Herz war gross, schlaff, mit vielem Fett besetzt, seine Substanz mürbe, die etwas erweiterten Kammern, so wie die grossen Gefässe enthielten viel schwarzrothes gestocktes Blut, nebst sulzig infiltrirter Blutlymphe. Die blassbraune, grobkörnige, brüchige, mit wässerigem Blute versehene Leber wies in ihrer Blase viel dunkle, gesättigt gelbe Galle, die grosse Milz war zu einem blassbräunlichen Breie aufgelockert, das Pancreas zähe und blutreich; der zusammengefallene Magen, dessen Schleimhaut dick, zähe, und gegen den Grund hin mit schwarzrothen Blutunterlaufungen bezeichnet war, enthielt wenig trüben, blutigen Schleim; die Häute der von Luft und gelber, fäculenter Flüssigkeit ausgedehnten Gedärme erschienen blass und mürbe; die Nieren gross und blutreich, die linke mit einzelnen hanfkorngrossen gelblichen Tuberkeln durchwebt, und beide mit mehreren kastaniengrossen, inwendig gefächerten und eine klare Serosität einschliessenden Cysten besetzt. Die ausgedehnte Harnblase enthielt 1 Pf. bräunlich-trüben Harns. Endlich fand sich zwischen den inneren Rückenmarkshäuten etwas trübe, gelblich lymphatische Flüssigkeit, das Rückenmark war schlaff und etwas weicher als im normalen Zustande.

(Fortsetzung folgt.)

2.

Auszüge aus in- und ausländischen Zeitschriften und fremden Werken.

Über eine seltene Art von steinigen Concrementen in der Haut.

Von Dr. Julius Vogel in München.

Johann W., 33 Jahre alter Bäcker, stets gesund, fühlte in seinem 14. Jahre ohne alle Veranlassung ein heftiges Jucken am Scrotum, das lange Zeit anhielt. Es liess allmälig nach, aber dafür entstanden am Hodensacke sehr viele kleine, warzenförmige Erhabenheiten, welche allmälig die Grösse einer Erbse oder Haselnuss erreichten, dann vertrockneten und verschwanden, worauf sich bald an einer anderen Stelle neue, ähnliche Geschwülste bildeten. Diese Geschwülste am Scrotum dauerten demnach, ohne bestimmte Periodicität kommend und vertrocknend, durch 18 Jahre fort, und erst jetzt, als Pat. heirathen sollte, consultirte er Prof. Stromeyer, welcher einige der kleinen Geschwülste ausschnitt und dem Verf. zur genauen Untersuchung überliess.

Der Hodensack des Kranken erschien nicht vergrössert, aber mit einer Menge rundlicher Geschwülste — etwa 150 an der Zahl — von der erwähnten Grösse übersäet; die Hautfarbe auf und neben denselben war normal. Die Geschwülste sassen in der Lederhaut oder unmittelbar unter derselben und waren mit ihr verschiebbar und ziemlich fest, liessen sich nicht zusammendrücken, und waren vollkommen schmerzlos.

Der Inhalt war schmierig, weiss, von der Consistenz und dem Ansehen einer geronnenen Milch, und glich dem Inhalte der Atherome.

Unter dem Mikroskope erschien er als eine körnig-amorphe, unbestimmte Masse von brauner Farbe und zahlreichen farblosen Krystallstücken, die meist abgerundet und ohne bestimmte Form waren. Organische Gebilde, Zellen u. dgl., wie sie im Inhalte der Atherome vorkommen, fehlten durchaus.

Die genaue Untersuchung einer Portion des Inhaltes ergab dem Verfasser folgende chemische Zusammensetzung:

Bei weitem die Hauptmasse bildet phosphorsaurer und kohlensaurer Kalk, ausserdem ist noch eine Spur eines (salz- oder kohlensauren) Natronsalzes zugegen, und eine sehr geringe Menge organischer Materien, theils Fett, theils Extractivstoff.

Um zu erfahren, ob die von Voigtel (pathol. Anat. Bd. 1. S. 83) aufgestellte Ansicht richtig sey, dass diese Concremente in den Talgdrüsen abgelagert seyen, schnitt Prof. Stromeyer eine der Geschwülste zugleich mit dem umgebenden Zellgewebe zur Untersuchung aus. Verf. fand aber den ganzen, die Geschwulst umgebenden Balg so stark mit Kalkkrystallen imprägnirt und inkrustirt, dass man unter dem Mikroskop seine eigentliche Zusammensetzung nicht mit Bestimmtheit erkennen konnte; nur mit Mühe liessen sich einige Bündel von Zellgewebsfasern unterscheiden. Einige Stückchen des Balges mit Säuren behandelt, um die Kalksalze auszuziehen, gaben auch kein bestimmtes Resultat. Die äussere Schichte des Balges war von Kalktheilen freier; sie bestand aus deutlichen Bündeln von Zellgewebsfafern und enthielt viele Blutgefässe. Voigtel's Ansicht blieb dem Verf. wahrscheinlich, aber unentschieden.

Was die Nosogenie betrifft, so scheint (wahrscheinlich in den Talgdrüsen) eine Quantität Kalksalze bis zu einem gewissen Grade abgesondert zu werden. Anfangs sind diese Salze mit viel Flüssigkeit gemischt und die Geschwülste weich; später wird durch Resorption die Masse fest, und die Geschwülste werden hart. Sie erscheinen bei Arthritikern, aber auch ohne vorhandene Dyskrasie; diessmal etwa mit der Geschlechtsentwicklung im Zusammenhange.

Die Diagnose scheint durch die grosse Anzahl der gleichzeitig vorhandenen Geschwülste, ihr periodisches Verschwinden und Wiederkehren, so wie etwa noch durch die chemische Untersuchung des Inhaltes von ähnlichen Hautgeschwülsten gesichert.

Misslicher steht es mit der Therapie. Die grosse Anzahl der Geschwülste und ihre Neigung zur Wiederkehr, so wie die damit verbundenen, nur geringen Unannehmlichkeiten für den Kranken verbieten die Exstirpation. Waschungen mit verdünnten Mineralsäuren oder Essig dürften etwa durch allmälige Auflösung der Kalksalze die vorhandenen Geschwülste zertheilen und die Entstehung neuer verhindern. (Allgem. Zeitung f. Chir., inn. Heilk. und ihre Hülfswissenschaften. Juli 1841. Nr. 1.) Winternitz.

Übertragung krankhafter thierischer Stoffe auf den Menschen.

Von Dr. Heusner.

Ein Bauersmann, der sich mit der Wartung des an der Maulseuche erkrankten Rindviehes befasste, erhielt in den ersten Tagen Octobers 1840, nachdem er kurz zuvor mehrere Male die mit Aphthen besetzte Zunge solcher Thiere gereinigt und mit Heilmitteln bestrichen

hatte, einen bösen Finger. Der Mittelfinger seiner linken Hand schwoll nämlich nach mehrtägigen Schmerzen beträchtlich an und entzündete sich. Geschwulst ergriff später die ganze Hand und zuletzt auch den ganzen Arm, welcher sehr dick und braunroth wurde und sehr schmerzte; gleichzeitig erschien heftiges Fieber mit Delirien, Vomiturationen u. s. w. Verf. fand den Finger bereits aufgebrochen und die Zufälle hiermit gemildert, doch zeigte sich ein brandiges Geschwür über die ganze Dorsalfläche des ersten Gliedes vom Mittelfinger. Pat. erhielt innerlich ein Brechmittel und für die kranke Hand Laugenbäder, worauf bald Heilung folgte.

H. bemerkt bei dieser Gelegenheit, dass der Genuss der Milch von Kühen, die an der Maulseuche leiden, beim Menschen oft ähnliche Zufälle, nämlich Aphthen, hervorrufe. (Wochenschrift f. d. ges. Heilkunde von Casper. 1841. Nr. 32.) Rosas.

Vergleichende Untersuchung über die Durchbohrung des Magens durch Einwirkung des Magensaftes, durch ein einfaches chronisches Geschwür und durch corrosive Gifte.

Von Dr. Williamson.

Bei Perforationen durch Einwirkung des Magensaftes oder bei der sogenannten Magenerweichung wird, da sie nicht Folge von Entzündung ist, auch nicht Congestion oder entzündliche Exsudation gefunden, wodurch sich dieses Leiden von allen andern Perforationen wesentlich unterscheidet. Hiemit stimmen die Ergebnisse der Untersuchungen des Verf. und der Experimente mit dem Magen von Thieren überein. Wohl fand sich nicht selten am Magen, welcher versuchsweise der Einwirkung des Magensaftes ausgesetzt wurde, ausser Erosion und Perforation deutliche rothe Färbung von verschiedener Ausdehnung und Intensität, jedoch fehlten jederzeit die Gefässramificationen in der Schleimhaut, als das sicherste Criterium activer Congestion. Diese Flecke liegen immer über einem Zuge grösserer Blutgefässe, welche im Moment des Todes sich im Zustande der Turgescenz oder (passiven) Congestion befanden, nach dem Tode einen Theil des Blutes transsudirten, und die in Berührung stehenden Gefässe roth färbten, ja bisweilen sogar eine gewisse Quantität grumöses Blut auf die Oberfläche dieser Flecke warfen. Bei allen Experimenten an Thieren fand sich, dass wenn Perforation Statt gefunden hatte, jedesmal die Schleimhaut nicht allein an allen Stellen, wo der Magensaft damit in Berührung war, abgelöst gefunden wurde, sondern dass auch grosse Massen davon zusammengerunzelt zwischen den

Ingestis lagen. Wenn man nun diese Massen mit der grössten Sorgfalt untersucht, so findet man doch nicht eine Spur von Gefässbildung; sie sind immer blass, einer Schichte von elastischem Leim ähnlich. Diesen Zustand der Schleimhaut entnahm jedoch Verf. dem letzten Stadium der Krankheit. Der ganze Verlauf der Metamorphose ist nun nach Dr. Carswell folgender. Im ersten Stadium zeigt die Schleimhaut, die zuerst aufgelöst wird, eine leichte Verminderung der Consistenz und einen gewissen Grad von Durchsichtigkeit. Beim Anfassen zerreisst sie sogleich, oder wird zwischen den Fingern zu einem dünnen Brei zerdrückt. Im zweiten Stadium liegt die Schleimhaut wie eine Schichte von Eiweiss aut dem submucösen Gewebe, und kann durch Abwischen oder Abspülen entfernt werden. Im letzten Stadium ist die Schleimhaut in grösserer Ausdehnung ganz verschwunden, und das entblösste submucöse Gewebe hat ein silbergraues Aussehen. (Dr. C. nimmt aber hier keine Notiz, dass die Schleimhaut in abgetrennten Massen in der Höhle des Magens gefunden werde.) — Sind durch die Einwirkung des Magensaftes auch die übrigen Häute des Magens aufgelöst und perforirt, so ist die Öffnung gewöhnlich einfach, und an der tiefsten Stelle des Magens, gegen welche daher die Magenflüssigkeiten hindrücken, daher im Fundus oder an der grossen Curvatur des Magens. Doch gibt es Ausnahmen. — Ist ein einfaches chronisches Geschwür die Ursache der Perforation des Magens, so finden sich niemals die für Magenerweichung angeführten Erscheinungen. Die Zerstörung der Schleimhaut beschränkt sich genau auf die Ausdehnung der Geschwüre, zwischen welchen die Schleimhaut noch vorhanden ist. Gewöhnlich finden sich in der Umgegend der Perforationen deutliche entzündliche Veränderungen, vermehrte Vascularität, ein feines Gefässnetz und Verhärtung der die Öffnung umgebenden Gewebe. Eben so wenig, als man nach dem gefässreichen Aussehen der Schleimhaut eine Perforation unmittelbar für Folge einer Entzündung erklären kann, eben so wenig ist das blasse Aussehen der Schleimhaut hinreichend, zu behaupten, dass die Perforation nicht das Resultat dieses Processes sey; denn die Congestion kann passiv seyn, und Blässe der Schleimhaut findet sich nicht selten in der Leiche bei unzweifelhaft geschwüriger, entzündlicher Perforation. Andral hat nachgewiesen, dass die Schleimhaut scheinbar unverändert seyn kann, obwohl sie der Sitz einer Entzündung war, welche zu den übrigen Geweben überging, nachdem sie in der Schleimhaut resolvirt worden war. Sehr häufig zeigt die Schleimhaut in der Umgebung um die Geschwürsöffnung eine braune Farbe, die entweder in einen scharf abgeschnittenen Rand endet, oder sich allmälig in die normale Farbe verliert. — Bei einem Magen, in welchen ein corrosives oder reizendes Gift hineingekommen, bietet die mucöse Bedeckung ganz andere Erscheinungen. Im Allgemeinen findet man ausser der Desorga-

nisation der verschiedenen Magenhäute auch vermehrten Gefässreichthum der Schleimhaut, statt der blass-rosenrothen Färbung lebhafte Scharlachröthe, hie und da mit dunklen Flecken von extravasirtem Blute. Es kann aber diese Haut auch in isolirten Stücken abgehen mit auffallenden Erscheinungen von Entzündung, und ohne gerade auf den abhängigsten Theil des Magens beschränkt zu seyn, — zwei Umstände, wodurch diese Erosionen von den durch den Magensaft bewirkten unterschieden sind. Bisweilen zeigen sich auch auf der äusseren serösen Fläche entzündliche Erscheinungen. — Bemerkenswerth ist, dass bei Vergiftungen mit Oxalsäure die Perforationen meistens nur indirecte Folge des Giftes sind. Es ist nachgewiesen, dass selbst die concentrirte Säure während des Lebens nur eine Brüchigkeit und Ablösung der Epidermis des Magens hervorbringt, was man sieht, wenn die Leiche unmittelbar nach dem Tode untersucht wird. Wird aber die Untersuchung einige Stunden verschoben, so findet man nicht bloss die Schleimhaut, sondern auch die übrigen Häute vollkommen perforirt, was aber als eine erst nach dem Tode eintretende Erscheinung zu betrachten ist. Die Oxalsäure scheint so kräftig nur todte Gewebe anzugreifen. — Aus dem Aussehen lässt sich nicht leicht das Gift bestimmen, welches die Perforation bewirkt hat. Doch gelingt es bisweilen mit ziemlicher Bestimmtheit, selbst wenn die Analyse des Magens nichts mehr nachwies. Bei Vergleichung einer Perforation mit einer andern sagt Dr. Christison: »Die gallertartigen Durchbohrungen und die Perforationen durch corrosive Gifte unterscheiden sich dadurch, dass die Ränder der letzteren gewöhnlich von eigenthümlicher Farbe sind, z. B. gelb bei Salpetersäure, braun bei Schwefelsäure und Alkalien, orange bei Jod.« Ein besseres und allgemein anwendbares Criterium ist jedoch folgendes: Entweder stirbt die Person sehr bald nach genommenem Gifte, und in diesem Falle findet sich keine Reaction im Magen, oder sie lebt lange genug, dass die gewöhnlichen Folgen einer heftigen Reizung eintreten können. Im ersten Falle muss viel Gift genommen worden seyn, wovon wenig ausgebrochen wurde; es wird sich daher ein Theil des Giftes im Magen finden. Im letzteren Falle wird der grosse Gefässreichthum und das dunkle Extravasat in der Umgebung der Öffnung und anderen Stellen des Magens den Unterschied von einer spontanen Öffnung feststellen. Häufig sind auch mehrere Perforationen zugleich vorhanden, jedoch sämmtlich von gleichem Grade der Entwicklung, während geschwürige Perforationen auf verschiedenen Stufen der Entwicklung gefunden werden. (*Dublin Journ. May* 1841 und in Froriep's Notizen Bd. 19. Nr. 2.) Wisgrill.

Zur Geschichte und Diagnostik des *Molluscum.*

Von Dr. Jacobovics.

(Schluss.)

II. Die atheromatösen Tuberkel sind viel kleiner als die beschriebenen zellig-schwammigen *(T. fungosa)*, haben gewöhnlich die Farbe der Haut, enthalten eine dickliche, milchige Masse, die durch angewandten Druck entleert werden kann, und sitzen gewöhnlich am Gesicht und auf dem Halse. — Diese Form, die Bateman unter dem Namen *Molluscum contagiosum* beschreibt, wurde bisher nur von englischen Ärzten beobachtet, und sind die veröffentlichten Details dieser seltenen Affection in Dr. Jacobovics's Schrift genau angegeben.

III. Die *Tubercula variegata,* die scheckigen Tuberkel, bilden eine Ausschlagsform, die bisher in den Pathologien noch nicht angeführt wurde. Dr. Jacobovics hatte Gelegenheit, eine höchst seltene Hautkrankheit zu beobachten, die er mit diesem Namen belegt; wir entnehmen aus seiner ausführlichen Beschreibung derselben Folgendes: In seinem 37. Jahre, ungefähr 7 Jahre nach verschwundenen und rationell behandelten syphilitischen Affectionen, bemerkte Patient mehrere gelbliche Flecke sich auf seinem Halse ausbilden; sie waren rundlich, ungefähr 2—3 Linien im Durchmesser, erhoben sich bald über die Oberfläche der Haut, und zeigten unter der dünnen Epidermis, die sie bedeckte, einige weissliche Puncte. Zur selben Zeit erschienen im Ellbogenbug einige röthliche Tuberkel. Während des Sommers stellte sich ein leichtes Jucken und Beissen an den krankhaften Theilen ein, welches aber im Winter wieder nachliess; obwohl die anatomische Veränderung der Haut stets, wenn auch langsame, doch sichtliche Fortschritte machte. Drei Jahre später hatten traurige Gemüthsbewegungen einen ungünstigen Einfluss auf die Krankheit. — Von dieser Zeit breiteten sich die Flecke mehr aus, bedeckten seinen Hals, Brust und Rücken, erhoben sich über die Haut, und bildeten so kleine rundliche oder unregelmässige Erhabenheiten; — einige derselben behielten das gelbliche, weissgesprenkte Ansehen, andere wurden roth und mit kleinen Krusten von ausgetrockneter seröser Flüssigkeit umgeben, andere waren livid, schwärzlich, mit einer leichten Abschuppung auf ihrer Oberfläche. — Pat. lebte 13 Jahre, ohne Ärzte um Rath zu fragen. Seit dem Jahre 1833 wurde der Ausschlag stark vermehrt. Er nahm nun Erdrauch-Decoct, Wasser- und Dampfbäder, später auch Eisen-Joduret — aber alles ohne günstigen Erfolg. Um diese Zeit fing auch sein Allgemeinbefinden an zu leiden. Auf seinem Kopfe, in der Nähe der Haarwurzeln, zeigten sich gelbe Flecke, von denen ähnliche Schuppen zuweilen abfielen. Auf den Schläfen, dem Hinterhaupte befanden sich einige gelbliche und

bräunliche Tuberkel, von denen man einige wenige Schuppen abkratzen konnte. Die Gesichtshaut ist von Sonne und Luft gebräunt, nicht runzlich, aber uneben, die Öffnungen der Talgdrüsen auffallend, vorzüglich auf der Stirne und auf den Nasenflügeln. Am Halse sitzen sehr viele Tuberkel, die Haut zeigt auch hier sehr vergrösserte Öffnungen der Talgdrüsen, auf denen häufig einen kleinen Hirsekorn grosse Kügelchen eingetrockneten halbdurchscheinenden Talgs angetroffen werden, die leicht abzustreifen sind. Auf der Brust findet man Tuberkel der verschiedensten Formen und Farben: bläuliche, gelbliche, grünliche, schwärzliche etc. Die damit nicht behafteten Hautstellen sind weiss und zart. — Das Jucken, welches zuweilen in einigen der entzündeten Tuberkel eintritt, nöthigt den Kranken zum Kratzen, und hiedurch wird besonders die Ausschwitzung der serösen Feuchtigkeit befördert, welche durch Vertrocknung kleine Krusten bildet. Auf den Armen und Beinen kommen nur wenige, auf den Geschlechtstheilen gar keine Tuberkel vor; einige Arten derselben sind an manchen Theilen häufiger, an andern seltener; so walten am Rücken die schwärzlichen vor, auf der Brust aber die weissscheckig-gelblichen.

Der Name *Tubercula variegata (tubercules bigarrés)*, scheckige, bunte Tuberkel, ist für beschriebene Form sehr bezeichnend; indem dabei vorzüglich die braunen, weissgefleckten Erhabenheiten, die als Elementarform der meisten andern Entartungen betrachtet werden müssen, berücksichtigt sind, und zugleich darauf hingedeutet wird, dass fast eine jede Hauptfarbe ihren Repräsentanten in den vorhandenen Alterationen findet.

Bei der Erforschung der ätiologischen Momente ergab sich's, dass die Mutter, deren 19. Kind der nun 56jährige Patient ist, sonst eine gesunde, starke Frau war, erst in ihrem 74. Jahre starb, aber lange Zeit einen ähnlichen Hautausschlag auf dem Halse trug, der aber ihr Allgemeinbefinden nicht störte. Von ihren Kindern starben 13 in jugendlichem Alter. Zwei der Söhne zeigten selbst als Sechziger keine Spur von der Krankheit ihrer Mutter; ein dritter Sohn, der zufällig in seinem 32. Jahre durch Schwämme vergiftet wurde, hatte nur leichte Abschuppungen auf dem Gesichte. Aber zwei Schwestern und selbst die Tochter der ältern hatten einen dem unseres Pat. ähnlichen Ausschlag.

Bei der sonst fleissigen Ausarbeitung dieser interessanten Schrift muss man zwar die genaue Beschreibung der verschiedenen Formen der Hautalterationen anerkennen, aber zugleich auch sehr bedauern, dass es der Verfasser unterlassen, durch chemische Analysen uns einiges Licht über das Wesen dieser bisher noch nicht beschriebenen Krankheit zu verschaffen.

Obwohl das Übel fast 20 Jahre andauerte, ohne das Allgemeinbefinden des Individuums wesentlich zu stören, so wurde es doch in letzterer Zeit mehr und mehr bedenklich: die Tuberkel nahmen an

Grösse und Anzahl zusehends zu, viele derselben entzündeten sich, schwitzten eine häufige seröse Materie aus, die in Krusten eintrocknete; heftiges Jucken, besonders der entzündeten Stellen, raubten dem Kranken zuweilen den Schlaf. Es war denn zu befürchten, dass es endlich zu bedeutenden Exulcerationen kommen würde, die nicht ermangelt hätten, ihre traurigen Folgen bald auf den Gesammtorganismus auszudehnen. Solcher Katastrophe vorzubeugen, und auch vielleicht durch theilweise Hebung des Übels spätere Recrudescenzen zu verhindern, unterzog sich Patient einer energischen Kurmethode, die aber mit aller Behutsamkeit so eingeleitet wurde, dass er in seinem Berufsgeschäft als Revierwächter so wenig als möglich gestört wurde. Der Verf. scheint die Plumer'sche Methode im Auge gehabt zu haben, musste sie aber insoweit abändern, um ihre übeln Folgen auf die Speicheldrüsen und auf den Darmkanal umzugehen. Er wählte daher das rothe Quecksilberoxyd, das er in entsprechenden Dosen mit Schwefelblumen und Antimonoxyd verabreichte, dabei den Kranken täglich Morgens schwitzen, einen Holztrank brauchen, und alle 8—14 Tage ein leichtes Purgans nehmen liess. Abends wurden Waschungen mit Seife, später mit in Essig gekochten Schwefelblumen veranstaltet.

Leider konnte bei eintretender stärkerer Winterkälte die Kur nicht fortgesetzt werden, die selbst nach 10wöchentlichem Gebrauche einen sehr günstigen Einfluss auf das 20jährige Übel ausübte, da das Jucken, die Entzündungen und Ausschwitzungen gehoben wurden, einige Tuberkel gänzlich verschwanden, die meisten aber an ihrer Grösse bedeutend verloren haben. — Durch die entsprechende Leitung der Kur und Diät waren sämmtliche Functionen in guten Stand erhalten, und so dem Kranken sein Gesammtbefinden in der erwünschten Harmonie bewahrt. — Hielten ihn auch seine Berufsgeschäfte ab, sich ganz von seinem Übel befreien zu lassen, oder würde dieses auch bei fortgesetzter Kur sich in seinem letzten Zustande als hartnäckig erweisen: so kann er doch noch anderen 20—30 Jahren entgegensehen, in welchen er, durch von Zeit zu Zeit eingeleitetes zweckmässiges Heilverfahren allem Weitergreifen seines Leidens wird vorbeugen können, und würde er dann als 80—90jähr. Greis in den Schooss der Väter aufgenommen, so bliebe dabei wahrlich weder die Unzulänglichkeit der Makrobiotik, noch die Dermato-Therapie anzuklagen *).

Beer.

*) Von den 4 colorirten Tafeln, die der Schrift beigegeben sind, ist die 1. die historische, auf welcher sämmtliche von andern Schriftstellern bisher veröffentlichten Molluscumformen in vier Figuren abgebildet sind. Auf der 2. befinden sich 9 Figuren, welche die verschiedenen Entartungen deutlich darstellen, deren Träger der von Dr. Jacobovics beobachtete Kranke war; auf der 3. ist die Brust, auf der 4. der Rücken dieses Kranken abgebildet.

Fall von Haematodacrysis.

Von Dr. Kersten in Magdeburg.

J. P., 18 Jahre alt, mittlerer Körperconstitution, phlegmatischen Temperaments, von gichtischen und schwindsüchtigen Ältern geboren, verlor dieselben schon früh. Ihr jüngeres Alter soll vielfachen Krankheiten ausgesetzt gewesen seyn; ein Nervenfieber, rheumatische Beschwerden und den epileptischen ähnliche Krämpfe, die mit Singultus angefangen haben sollen, nachher ihr die Besinnung raubten (ohne dass jedoch ein *Stadium soporosum* ihnen gefolgt wäre), sind diejenigen Krankheiten, die sich bei dem Unbestimmten und selbst sich Widersprechenden in den Angaben der Pat. mit einiger Wahrscheinlichkeit vermuthen lassen. — In ihrem 12. Jahre erhielt sie eine Verletzung über dem linken oberen Orbitalrande. Dieselbe muss sehr unbedeutend gewesen seyn, denn es ist jetzt durchaus keine Spur einer Narbe zu entdecken; trotz dem aber datirt Pat. von daher eine freiwillige Blutung aus den Augen, die bald nach erhaltener Verletzung eingetreten, 14 Tage lang gleich stark aus beiden Augen bestanden und dabei so beträchtlich gewesen seyn soll, dass eine bedeutende Schwäche und Hinfälligkeit davon die Folge war. Das entleerte Blut war dunkelroth, faserig und floss in ziemlich raschem Strome über die Backen. Von nun an soll sich alle 4 Wochen dieser Blutfluss eingestellt haben, ärztliche Hülfe aber nicht in Anspruch genommen worden seyn. Zur gewöhnlichen Zeit, zwischen dem 15. und 16. Jahre, stellten sich *Molimina menstrualia* ein, die sich vorzüglich durch periodisch auftretende Rückenschmerzen, Schwere in den Füssen, Ziehen nach den Schenkeln und Schwindel äusserten; die Menstruation selbst aber zeigte sich nicht; dagegen erschien noch immer regelmässig der Augenblutfluss. Ein die Pat. zu dieser Zeit beobachtender Arzt berichtete, dass ein Blutfluss aus beiden Augen sich einstellte, der anfangs regelmässig um 10 Uhr Vormittags und 4 Uhr Nachmittags eintrat, eine halbe Stunde dauerte, sich am nächsten Tage zu derselben Zeit wieder einstellte und 14 Tage lang auf diese Weise anhielt. Das Blut floss aus beiden Augenwinkeln beider Augen, und zwar nur tropfenweise; trotzdem wurde die Kranke aber mehrmals ohnmächtig. Das Blut war aufgelöst, klebrig und von demselben Geruche, wie das Menstrualblut. Der Puls war während eines solchen Anfalls im Anfange hart und voll, in der Folge klein und gereizt, und die Pat. klagte während der Blutung gewöhnlich über Schmerzen im Kopfe und Nacken, und über Stiche in den Augen, deren Conjunctiva strahlenförmig geröthet war. Die Sehekraft war während, und einige Zeit nach der Blutung vermindert, und die Kranke sah alles roth. Nachdem diese Blutung auf die angegebene Art 14 Tage gedauert hatte,

hörte sie auf, blieb auch volle 14 Tage aus, und kam dann unter denselben Erscheinungen wieder, um von Neuem 14 Tage anzuhalten. Noch deutlichere *molimina menstruationis* indicirten *hirudines ad vulvam*, worauf die Menstruation in geringem Grade eintrat und die Blutung aufhörte. Im nächsten Monate kam die Menstruation verstärkt zurück, und die Gesundheit mit ihr, indem auch eine *blennorrhoea conjunctivae subsequa* aufhörte. Nach einigen Monaten jedoch kam trotz der regelmässigen, wiewohl etwas blassen Reinigung die Blutung aus beiden Augen wieder. Am 29. November 1839 im Krankenhause aufgenommen, gab sie folgenden *status:* Völlige Besinnung, das Antlitz wegen vielen angetrockneten und auch noch flüssigen Blutes fast unkenntlich. Die Augenlider konnte sie nicht öffnen, weil sie das Licht bedeutend blendete; sie war so matt, dass sie regungslos da lag, und nur mit Mühe aussprach, dass dieser Blutfluss jetzt 3 Tage lang währe, aber nun aufhören werde, indem er einen dreitägigen intermittirenden Typus beobachte. Der Puls war sehr beschleunigt, klein und schwach. Demnach wurde Tags darauf, bei stehender Blutung, die Untersuchung der gereinigten Augen vorgenommen. Die Augenlider sind nur kurz gespalten, blinzeln viel und können nicht vollständig von einander getrennt werden, weil sonst Schmerz und vermehrtes Thränen eintritt, theilweise fehlen die Cilien; die Augäpfel liegen tief in den *orbitis.* Die *conjunctiva palp* aufgewulstet, sammetartig, die des *bulbus* ebenfalls sehr roth und gefässreich. Die *cornea* bestäubt; Photophobie. Die Gegenstände erscheinen alle matt geröthet. Tiefere Schmerzen im Innern des Auges oder in der Umgegend desselben fehlen. Im Allgemeinen ist die Patientin leucophlegmatisch, leichtes Ödem an Händen und Füssen, Geschmack faulig, Appetitlosigkeit mit Begierde nach Säuerlichem, Stuhlgang träge, Harnabsonderung normal, Respiration frei, Puls unregelmässig, weich = 56. Die Haut blass, kalt. Die Menstruation regelmässig, reichlich, wässerig. Mattigkeit und unruhiger Schlaf.

Die nach 3 Tagen zurückkehrende Menstruation stellte sich mit einem unangenehmen Gefühle ein, als wenn aus dem Hinterkopfe eine warme Flüssigkeit nach vorne zur Stirne hin dicht unter dem Knochen die Pfeilnaht entlang hinliefe, und dann sich zu beiden Seiten nach den Augen Bahn bräche, worauf der Patientin alles roth erschien.

Dabei rötheten sich auch die Augen selbst mehr, und einige Zeit darnach tropfte das Blut aus beiden Winkeln beider Augen, anfangs in rascher Folge der Tropfen, später mit einigem Nachlass. Der Blutfluss hielt auch richtig drei Tage an, und während der Zeit fühlte sich die Patientin sehr matt, hatte selbst zuweilen Ohnmachtsschauer, ass und schlief nur sehr wenig. Eine Vermehrung der Blutung aber um 10 Uhr und 4 Uhr, wie sie früher überhaupt nur eingetreten seyn soll, war jetzt durchaus nicht wahrzunehmen. Das Blut, bei 8 bis 10 Unzen,

war dunkel, klebrig und vom gewöhnlichen Blutgeruche. Bei Aufhebung des oberen Augenlides gewahrte man deutlich, dass dasselbe aus Caruncula und Conjunctiva hervorgetrieben wurde. Patientin blieb aus unbekannten Ursachen diessmal nur 14 Tage im Krankenhause, während welcher Zeit der dreitägige Cyclus der Krankheit beobachtet wurde. Beim Wiedereintritt der Patientin nach Einem Jahre trat jedoch die in Rede stehende Blutung mit Zwischenräumen von einer, zwei, ja selbst drei Wochen ein, und hielt jedesmal nicht so lange an. Während ihres diessmaligen nur achtzehntägigen Aufenthaltes erschien die Blutung nur einmal, zwar aus beiden Augen, aber sichtlich stärker aus dem linken, und in 6 Stunden ergossen sich 4 Unzen dunkeln, zähen Blutes. Ihr Allgemeinbefinden war diessmal bei weitem besser, alle Functionen, so wie die Menstruation, geordnet. Auch war das sonstige Augenleiden bis auf die spontane Blutung vollkommen gebessert.

Verf. möchte diese Blutung eine idiopathische, selbstständige nennen, deren Grund in dem Bestreben der Natur etwa zu suchen wäre, sich des überflüssigen Blutes in der Schädelhöhle zu entledigen: zumal die Blutung durch ihren frühen Eintritt, mit dem zwölften Jahre der Patientin, dann durch ihr Fortbestehen während der Regulirung des Monatsflusses kein Vicärleiden darstellt. (Rust's Magazin für die ges. Heilk. 58. Bd. 1. Heft.) Winternitz.

Über die Erfindung der Lithotritie.

Von Hildebrand.

In einer italienischen Zeitschrift — *Il Filiatre-Sebezio*, März 1840 — sucht Hr. Rambelli das Prioritätsrecht der Erfindung dieser Operation seinen Landsleuten zu vindiciren, indem er historisch nachweist, dass im Jahre 1533 *Alessandro Benedetti da Legnano* eine eigene Methode beschrieb, den Stein in der Blase zu zerbröckeln und 1550 ein Neapolitaner, *Alfonso Ferri*, ein Instrument erfand, nach ihm *Alfonsino* genannt, um Kugeln aus Schusswunden zu entfernen. Diess Instrument scheint die erste Idee zur späteren Erfindung der Steinzerbröcklung gegeben zu haben. Im J. 1614 machte Baronio aus Cremona die ersten Versuche mit Einspritzungen von Citronensaft etc. in die Blase, um den Stein aufzulösen; also lange vor Hales, Langrish, Bater, Rutherford, Fourcroy, Vauquelin und anderen. Santorio erfand 1626 eine Röhre, in der ein Instrument befindlich ist, das sich in zwei Arme theilt, um fremde Körper aus der Harnblase oder Urethra zu entfernen, durch dessen Mitte ein Stilett geht, mit welchem er, wenn es ein so grosser Stein war, dass er nicht herausgezogen werden konnte, denselben zerbohrte.

Im Jahre 1679 erschien das *Promptuarium chirurgicum* des Antonio

Filippo Ciucci, Wundarztes zu Arezzo, aus dem deutlich hervorgeht, dass er der eigentliche Erfinder der Lithotritie ist. — **Ciucci** war 1670 ein beschäftigter und geachteter Wundarzt in Macerata, der 2 Jahre lang unter Dr. Giovanni **Trullo** in Rom practicirt hatte. Im 2. Theile seines Promptuariums versichert er, dass unter den vielen gegen den Blasenstein empfohlenen Mitteln keines mit der *Tenacula tricuspis* zu vergleichen sey, und sagt, dass diess Instrument wenig verschieden sey „*a pede gryphio, cum quo molae ab utero educuntur,*“ darin aber abweiche, „*quia istud non habet acumina mucronata sed retusa*“ und setzt hinzu: „*debet chirurgus et tenacula frustula diligenter quaerere,*“ ferner zur Linderung des Schmerzes und der Hitze nach der Operation: „*possumus injicere modicum lactis .... et sic absque incisione ad pristinam sanitatem languentem conducemus cito, tuto et jucunde.*“ Er setzte ein so grosses Vertrauen in diese Methode, dass er sich selbst derselben dreimal unterwarf. Er gibt eine Abbildung von seiner Tenacula, die in der That wenig von dem Kugelzieher des **Ferri** verschieden ist. Professor **Cittadini** in Arezzo findet eine grosse Ähnlichkeit zwischen **Civiale's** Instrument von 1828 und dem des **Ciucci** von 1679; nur ist jenes hohl für den Durchmesser des Lithotritors, dieses aber massiv und voll.

Endlich gehört noch in diese Reihe der Wundarzt **Santarelli** in Rom, von welchem in seinen Untersuchungen zur Erleichterung des Katheterismus, Wien 1795, — der gerade Katheder in Vorschlag gebracht wurde.

Aus allen diesen Umständen ergibt sich, dass die höchst wichtige Erfindung der Lithotritie weder Civiale, noch Gruithuisen (1813) angehört; noch Egerton (1819) oder Leroy d'Etiolles (1821) oder Amussat (1822) darauf Ansprüche machen können: sondern dass sie von jenen zwei berühmten Italienern, **Santorio** und **Ciucci**, zuerst erfunden und ausgeführt wurde. (Medicinische Zeitung, herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen. 1841. Nr. 19.)

Aitenberger.

3.

Notiz.

Hofkanzlei-Verordnung, die Aufhebung des Verbotes von Verkauf des Fliegensteines und Scherbenkobaltes betreffend.

Die h. Hofkanzlei hat sich laut h. Decretes vom 29. Juli d. J. Z. 8414 bestimmt gefunden, das am 24. Jänner 1839 Z. 1854 erlassene Verbot, welchem zufolge den Materialwaaren-Händlern der Verkauf des Fliegensteines und des Scherbenkobaltes untersagt wurde, aufzuheben. (Ob der Enns. Regierungsverordnung am 18. August 1841 Z. 22,286.)

Streinz.

Literarischer Anzeiger vom Jahre 1841.

(Die hier angeführten Schriften sind entweder gleich vorräthig oder können durch Braumüller und Seidel (Sparcassa-Gebäude) bezogen werden.)

Birnbaum (Dr. Friedr. H. G., Arzt etc., Privat-Docent etc. zu Bonn), Über die Veränderungen des Scheidentheiles und des unteren Abschnittes der Gebärmutter in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft etc. Gr. 8. (X u. 84 S.) *Bonn*, bei *Habicht.* Geh. (10 Gr.)

Cozzi (Andrea), Trattato elementare di chimica medico-farmaceutica per servire di farmacopea, con brevi cenni di tossicologia e di reagenti, ed alcuni saggi di analisi chimica. Firenze 1840. *T. I. In* 8. *di pag.* 514.

Dictionnaire de Médecine, ou Répertoire général des Sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, Bernard etc. T. XXIII (Paed — Por). In 8. *Paris.* (6 Fr.)

Falke (J. C. L., Hofthierarzt), Die Erkennung der gewöhnlich herrschenden, vorzüglich Seuchenkrankheiten unserer landwirthschaftlichen Haussäugethiere. 2. Ausgabe. Gr. 8. (10½ B.) *Weimar*, bei *Voigt.* (16 Gr.)

Gaitskell (Dr. Jos. Ashley), Über Ursachen, Symptome und Behandlung der Geisteszerrüttung, nebst einigen Bemerkungen über Irrenhäuser. Aus dem Engl. frei übersetzt und mit Zusätzen versehen von Dr. *Wilh. Harnisch.* 2. Ausg. Gr. 8. (9 B.) *Weimar*, bei *Voigt.* (16 Gr.)

Ghiglini (Lorenzo Cav.), Pensieri sopra la Dotinenteria. Genova, tip. Ferrando. In 8., *di pag. XIV e* 116.

Gohren (Dr. Fr. Lud. Aug. Herm. de), Medicorum priscorum de Signatura, inprimis plantarum, doctrina. Commentationes de necessitudine, quae inter morphologiam et pharmacologiam regni vegetabilis intercedit. Pars 1. 8- *maj.* (6½ B.) *Jenae (Hochhausen).* 1840. Geh. (11 Gr.)

Hesselbach (Ad. Casp., Prof. etc.), Die Erkenntniss und Behandlung der Eingeweide-Brüche, durch naturgetreue Abbildungen

erläutert von etc. 3. u. 4. Lief. Gr. Fol. (22 B. und 10 Taf. Abb.) *Nürnberg*, bei *Bauer* und *Raspe*. 1840—1841. Cart. (Subscr. Pr. f. d. Lief. 4 Th.)

Kneisel (J. F. Ch., Leib- und Hofzahnarzt), Das künstliche Gebiss in seiner Bedeutsamkeit für Körper und Geist dargestellt. 2. Aufl. Mit 2 lith. Taf. Gr. 4. (2 B.) *Berlin*, bei *Bade* in Comm. Geh. (1 Th.)

Lautner (Dr. Franz Xav, Hofr., Arzt zu Franzensbad etc.), Kaiser Franzensbad und seine Heilquellen. Eine historisch-kritische Würdigung des Gebrauches und der Heilwirkungen des Egerbrunnens und der in den neueren Zeiten zu Franzensbad entdeckten Mineralquellen. Mit einem Anhange, enthaltend eine Beschreibung der Vergnügungsörter in der Umgebung von Franzensbad. Gr. 8. (VIII u. 244 S.) *Eger*, bei *Kobrtsch* und *Gschihay*. Geh. (20 Gr.)

Müller (Dr., prakt. Arzt in Stuttgart), Taschenbuch sämmtlicher syphilitischer Krankheitsformen, nach den neuesten Entdeckungen der Wissenschaft, nebst Angabe der verschiedenen Behandlungsweisen mit und ohne Quecksilber. Herausg. von etc. 16. (192 S.) *Ludwigsburg*, bei *Rast* (*Leipzig*, bei *Herbig*). Geh. (12 Gr.)

Rajberti (Giovanni), Appendice all' opusculo il volgo e la medicina, altro discorso popolare del etc. Milano, tip. Bernardoni. In 8. *pag.* 176. (2 L. 61 C.)

Rokitansky (Carl, Med. Dr., a. o. Prof. an der Univ. zu Wien), Handbuch der pathologischen Anatomie. III. Bd. 1. — 3. Lief. (Umschlag-Titel). Gr. 8. (S. 1 — 480.) *Wien*, bei *Braumüller* und *Seidel*. Geh. (3 Th. 8 Gr.)

Syphilidologie, oder die neuesten Erfahrungen, Beobachtungen und Fortschritte des In- und Auslandes über die Erkenntniss und Behandlung der venerischen Krankheiten. Eine Sammlung etc. Herausgegeben von Dr. *Fr. J. Behrend*. 3. Bd. 2. Hft. Gr. 8. (S. 161 — 318.) *Leipzig*, bei *Kollmann*. Geh. (15 Gr.)

Tscharner (Beatus von, patent. Arzt und Wundarzt I. Cl. in Bern), Über den Tetanus. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorswürde an der medicinischen Facultät der Universität Bern. Gr. 8. (XII u. 56 S.) *Bern*, gedruckt in der *Haller*'schen Buchdr. (*Huber* et Comp.) Geh. (6 Gr.)

Untersuchungen über die am häufigsten vorkommenden bösartigen Fremdbildungen des menschlichen Körpers. Nach eigenen Beobachtungen von *Carl Herrich* und *Carl Popp*, Ärzten zu Regensburg. Gr. 4. (VIII u. 82 S.) *Regensburg*, bei *Pustet*. Geh. (18 Gr.)

Verzeichniss

der in verschiedenen deutschen und fremden medicinischen Zeitschriften von den Jahren 1840 und 1841 enthaltenen Original-Aufsätze.

C. W. Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde. Fortgesetzt von *E. Osann*, *Berlin* 1841. *April.*

April. *Schultz*, Wirkung des Branntweins in der Trunksucht. — *Dann*, Über den Zusammenhang der Athembewegungen mit den Ausleerungen. — *Schupmann*, Geschichte einer scirrhösen Hypertrophie der Leber und des Pancreas nebst Sectionsbefund. — *Roeser*, Heilungen des ausgebildeten *Hydrocephalus acutus* durch energischen Gebrauch des *Kali hydrojodinicum*. — Kurze Nachrichten und Auszüge: *Wagner*, Bewährte Schutzkraft der Revaccination in der Parochie Schlieben in den Jahren 1839, 1840 und 1841. — *Mehlhose*, Cardialgie von verhärteter Kothmasse im Quergrimmdarm. — *Busse*, Praktische Miscellen und Lesefrüchte aus der ausländ. Literatur. — Monatlicher Bericht über den Gesundheitszustand, Geburten und Todesfälle in Berlin. Nebst Witterungs-Tabelle vom April.

London medical Gazette. 1841. *March.*

März. *Watson*, Vorlesungen über die Grundsätze und Praxis der Medicin. — *Carpenter*, Vorlesungen über die Functionen des Nervensystems. — *Cooper*, Vorlesung über Kopfverletzungen. — *Corrigan*, Klinische Vorträge. — *Munk*, Ein Fall von Ruptur der Fallopischen Röhre durch Anhäufung von Menstrualblut. — *Leigh*, Über die Anwendung des Wachstaffets bei Fussgeschwüren. — *Mayo*, Ein Fall von einfacher Dislocation der Köpfe der *Tibia* und *Fibula* nach vorwärts. — *Babington*, Ein Fall von Vergiftung durch Kleesäure. — *Hocken*, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Amaurosen. — *Browne Steele*, Über Wassersucht als Folge von Scharlach. — *Chalk*, Über Coxalgie und Lumbarabscess. — *Buchanan's* zusammengesetzter Katheter für die Behandlung der Stricturen der Urethra. — *Gregory*, Über die Schutzkraft der Vaccine. — *Lambert*, Über Nevralgie. — *Yearsley*, Über die Kur des Stotterns. — *Franz*, Über *Dieffenbach's* Operation zur Heilung des Stotterns. — *Braid*, Über die Kur des Stotterns.

Wien.

Verlag von Braumüller und Seidel.

Gedruckt bei A. Strauss's sel. Witwe.